Paris 1972

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

ANNÉE 1972

N° 102

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

TRABUC Michel, Emile, Louis,

Interne des Hôpitaux
de la Région du Limousin
né le 18 Février 1943, à Charenton (94)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE TROIS CAS D'HÉMATOME DE LA GAINE DU GRAND DROIT DONT UN BILATÉRAL ET SOUS ANTICOAGULANTS

Président : Mr. PADOVANI, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)
1972

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

ANNÉE 1972 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

TRABUC Michel, Emile, Louis,

Interne des Hôpitaux
de la Région du Limousin
né le 18 Février 1943, à Charenton (94)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE TROIS CAS D'HÉMATOME DE LA GAINE DU GRAND DROIT DONT UN BILATÉRAL ET SOUS ANTICOAGULANTS

Président : Mr. PADOVANI, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)
1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

EN REMERCIEMENT,

A MES GRAND-MERES,

A MES PARENTS,

Qui ont fait tant de sacrifices
afin que je puisse accomplir
mes études.

A MA BELLE-MERE,

pour son dévouement.

A MA FEMME,

toute mon affection, ma tendresse,
ma gratitude.

A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur PADOVANI

Chirurgien Chef du Service d'Orthopédie
de l'Hôpital Foch

En le remerciant pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse ;

Qu'il sache que sa bonté et sa sagesse nous seront un guide précieux.

A Monsieur le Docteur URO

Médecin Chef de Service
à l'Hôpital de Guéret

Qui a bien voulu nous conseiller
dans l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Docteur MOUCHET

Chirurgien Chef du Service de Chirurgie digestive
à l'Hôpital Foch

dont les travaux nous ont aidé
dans la rédaction de cette thèse.

A NOS MAÎTRES DE STAGES D'ETUDIANT HOSPITALIER :

M. le Pr. PADOVANI
M. le Dr MOUCHET
M. le Pr. BRICAIRE
M. le Dr. MAZARS

A NOS MAÎTRES D'INTERNAT A L'HÔPITAL DE GUERET :

M. le Dr. DENIER
M. le Dr. HIRIGOYEN
M. le Dr. URO

AUX MEDECINS DE L'HÔPITAL DE GUERET :

M. le Dr. CHAUVAC
M. le Dr. DETRE
M. le Dr. FERRAND
M. le Dr. JUILLET
M. le Dr. PARRAIN
M. le Dr. SERGENT
M. le Dr. SLAOUTI
M. le Dr. TANZY
M. le Dr. URO

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE A LA REALISATION DE CETTE THESE

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

A PROPOS DE TROIS CAS D' HEMATOME DE LA GAINE DU GRAND DROIT DONT UN BILATERAL ET SOUS ANTICOAGULANTS

I N T R O D U C T I O N

Les anticoagulants, de plus en plus employés en médecine moderne, pour des traitements au long cours, entraînent un certain nombre d'accidents et d'incidents bien connus, et dont le risque est souvent majoré par le terrain et les interactions médicamenteuses.

Parmi ces complications, l'H.G.D. est rare et souvent méconnu à la phase initiale, parfois source d'erreur de diagnostic. L'évolution et les complications en sont souvent variables, quoique le plus souvent simples ; le traitement en est parfois hésitant.

L'H.G.D. est connu depuis l'antiquité, puisque Hippocrate et Galien en parlent déjà. Léonard de Vinci le décrit également. En 1857, Richardson, Maydl en 1880, et Virchow insistent sur la difficulté du diagnostic. Teske, en 1946, relève 100 cas dans la littérature. On voit donc que l'H.G.D., tout en étant rare, n'est pas exceptionnel.

Au cours de cette étude, nous présenterons deux cas de l'hématome de la gaine du droit sous anticoagulants, dont un cas exceptionnel d'hématome bilatéral, et un cas spontané, donc trois cas relevés depuis 1968 à l'Hôpital de Guéret, et à cette occasion nous essaierons de préciser les différentes étiologies possibles, en insistant sur le traitement anticoagulant au long cours et sur les interférences médicamenteuses, sur les difficultés de diagnostic qui ont été montrées par de nombreux auteurs déjà, sur les problèmes thérapeutiques enfin. En effet, si on peut opter pour un traitement médical ou chirurgical, le plus souvent on hésite pendant quelques jours. Devant un abdomen douloureux, tendu, avec un certain choc et une anémie franche, le traitement chirurgical paraît séduisant. Devant une tumeur d'évolution chronique, avec état général conservé, le traitement médical sera choisi. Mais entre ces deux formes extrêmes, il est parfois difficile de choisir, si bien que l'abstention et le traitement médical sont les plus fréquents.

O B S E R V A T I O N S

PREMIER CAS : Monsieur WAL..., 71 ans.

Est adressé par son médecin traitant pour hématome de la loge splénique, avec épistaxis intermittente, se trouvant placé sous traitement anticoagulant avec 3/4 de comprimé de Syntrom par jour, ceci pour angor d'effort.

A l'examen d'entrée, dans le Service de médecine du Docteur URO, le 2 Mars 1968, sujet à l'état général conservé, avec T.A. à 13-8, tachycardie à 95 par minute.

Sur le plan pulmonaire, on note des râles sous-crépitants.

A l'examen de l'abdomen, une masse unilatérale de la région sous-costale gauche, se dirigeant vers l'hypogastre ; elle est douloureuse à la palpation. A l'interrogatoire, on remarque que :

1°- Le malade présente un angor d'effort ancien, très amélioré par la Persantine, et traitement anticoagulant.

Le malade souffre également de crises de tachycardie supra-ventriculaire. Le traitement anticoagulant avait débuté par 2 jours de Calciparine sous-cutanée qui avait engendré un hématome régressif de la paroi.

2°- Il y a cinq semaines, le malade avait senti une petite tuméfaction douloureuse de l'hypochondre gauche. Celle-ci, progressivement, à la suite d'une toux, avait augmenté de volume.

Les examens complémentaires montraient alors :

N.F.S. ..... : 4.090.000 G.R.
Ht ..... : 37 %
Leucocytes ..... : 14.000 dont 75 % de polynucléaires
Urée ..... : 0,58 g/l
Glycémie ..... : 1,54 g/l
T.P. ..... : 22 %
Plaquettes ..... : 240.000

Devant les signes cliniques, et sachant que le malade est sous anticoagulant , le diagnostic d'hématome de la gaine du droit sous anticoagulant est porté.

Le malade est confié, le 4 Mars 1968, au Service de chirurgie du Docteur SERGENT, qui pratique une incision et l'évacuation de l'hématome.

Le malade revient dans le Service de médecine du Docteur URO le 9 Mars 1968, où le problème cardiaque est repris avec un traitement tonicardiaque : Persantine, Strophantus, Etaphylline, Phénobarbital.

Au point de vue abdominal, la cicatrisation ne pose pas de problème.

Le malade a été revu ensuite ; il ne reste aucune séquelle.

°°°

DEUXIEME CAS : Madame MAR..., 64 ans.

Histoire de la maladie :

Il y a deux mois, Madame Mar... reçoit un choc sur le pied gauche et constitue un petit hématome, mais continue à vaquer à ses occupations.

Au bout de huit jours environ, nouveau traumatisme au même endroit, qui provoque la diffusion de l'hématome.

Le 17 Novembre 1970, incision de l'hématome à la Clinique du Docteur GIGON, à La Souterraine, montrant des tissus nécrosés et un écoulement verdâtre.

Elle sort de la clinique.

Dans les jours suivants, apparition d'un oedème des malléoles avec douleur lancinante et fébricule.

L'oedème remonte progressivement au-dessus du genou, et brusquement la malade présente plusieurs syncopes, avec une douleur de la base pulmonaire gauche.

Devant la possibilité d'une thrombophlébite de la jambe gauche avec embolie pulmonaire, son médecin traitant prescrit aussitôt : repos au lit et anticoagulants, deux comprimés d'Unidone par jour, qu'elle prend pendant huit jours environ. Le traitement anticoagulant est pris sans surveillance biologique, ce qui, à la campagne, est loin d'être exceptionnel.

Les signes pulmonaires s'amendent ; il n'y a pas eu d'hémoptysie. Cependant, le samedi 26 Décembre 1970, après s'être levée pour la première fois le jour de Noël, la malade ressent une vive douleur dans le creux inguinal gauche.

Son médecin lui fait alors passer de la pommade Pindione sur la jambe.

La douleur devient cependant très intense, plus diffuse et gagne vers le soir l'hypochondre gauche.

Les mouvements sont douloureux ; la température dépasse 38°.

Le lendemain, 27 Décembre, la malade est adressée à l'Hôpital de Guéret, Service de médecine du Docteur URO.

Le 27, à son arrivée à l'hôpital, la phlébite gauche est en voie de guérison apparente. La malade présente toujours une douleur intense au creux inguinal gauche, remontant obliquement en dehors jusqu'à l'hypochondre gauche.

La paroi abdominale est souple, mais l'abdomen respire mal à gauche ; il existe une sensibilité de la fosse lombaire gauche.

L'auscultation cardiaque est normale. L'auscultation pulmonaire montre une submatité de la base gauche.

La malade est très anxieuse, agitée, gémissante.

On pense, devant ce tableau, à :

1°- la réalité d'une phlébite avec embolie pulmonaire, l'ensemble ayant actuellement régressé.

2°- Présentement, devant l'angoisse, la fièvre, l'abdomen respirant mal à gauche, la sensibilité de la fosse lombaire gauche, la présence d'albuminurie au test rapide, la possibilité d'infarctus rénal est acceptée comme hypothèse de départ. On décide d'anticoaguler la malade sans prendre de risque majeur.

Un traitement initial à base d'Héparine intraveineuse (250 mg) est instauré.

Le soir de son arrivée, la malade commence une série de collapsus avec angoisse extrême, qui se répètent toute la nuit.

Une réanimation purement symptomatique, avec Camphophylline, Intensain, Corticoïdes, est réalisée.

Le lendemain matin, la tension s'est normalisée, mais la malade est très pâle ; les examens sanguins montrent :

N.F. S. : G.R. : 3.050.000
Ht. : 28 %
G.B. : 4.680 dont 78 % de polynucléaires.

Glycémie .. ... : 1,96 g
Urée ..... : 0,76 g

et surtout un test d'Owren à 6 %.

Dans les urines ++ d'acétone.

Devant le tableau d'anémie aiguë et d'hypocoagulabilité sanguine, on arrête l'Héparine et on instaure des transfusions sanguines en urgence, avec insulinothérapie de couverture.

En fin de matinée, après des efforts de toux, et lors de la mise sur le bassin, la douleur abdominale augmente encore.

On remarque pour la première fois l'apparition d'une masse oblongue intramusculaire, remontant à gauche depuis le creux inguinal jusque vers l'hypochondre gauche. Cette masse est tendue, ferme, douloureuse ; la peau est chaude à ce niveau.

Le diagnostic d'hématome de la gaine du grand droit sous anticoagulant est donc posé.

L'ensemble plaide en faveur de l'expectative.

C'est quarante-huit heures plus tard, dans la soirée, que se constitue un hématome symétrique, situé de l'autre côté de la ligne médiane avec douleurs identiques et choc associé.

Le 29-12-1970, la numération montre :

G.R. : 2.800.000
G.B. : 13.000 dont 70 % de polynucléaires
T.O. : 50 %

A partir du 30-12-1970, amélioration nette de l'état général et local, correction progressive de l'anémie.

Le 2-1-1917 : G.R. : 2.850.000
T.O. : 100 %
Glycémie : 0,99 g

Le 14-1-1971 : G.R. : 3.600.000
T.O. : 100 %
Glycémie : 0,86 g

Cependant, on constate, vers le 10me-15me jour suivant l'apparition de l'hématome, une reprise de la maladie thrombo-embolique, avec point de côté passager, petite hémoptysie, toux sèche pendant quelques jours, enfin deux ou trois autres poussées fébriles avec

des images pulmonaires évocatrices. La main forcée, le traitement anticoagulant a été repris, mais sans aucun problème.

La malade sort à la fin du mois de Janvier. Elle a été revue ensuite ; il ne reste aucune séquelle de sa phlébite, ni des hématomes du grand droit.

o°o

TROISIEME CAS :

Observation d'un hématome spontané de la gaine des droits et du grand oblique que nous avons pu étudier dans le service de chirurgie du Docteur HIRIGOYEN.

Monsieur C... est admis le 12 Janvier 1972 dans le Service de chirurgie du Docteur HIRIGOYEN par le Docteur SAUVAGE, remplaçant le Docteur CHERVY, pour tumeur abdominale, douloureuse, ayant apparu depuis peu.

L'interrogatoire apprend que la tuméfaction est apparue dans la nuit du 11 au 12, au cours d'un accès grippal, progressivement douloureuse, douleur nettement augmentée à la toux. La masse est volumineuse, prenant tout le flanc gauche ; elle est mate, très douloureuse.

Le foie est palpable ; le patient est un éthylique notoire, ayant déjà été traité pour delirium tremens. On note une hypertension à 20/11, des sueurs abondantes, et une certaine angoisse.

Une intervention est décidée pour le 13 Janvier 1972 au matin.

Compte rendu : "Incision de l'ombilic à l'extrémité antérieure de la 8ème côte. Il n'existe pas de masse intrapariétale, mais une importante infiltration de la paroi par un énorme hématome...".

Les suites sont mouvementées, avec un délirium tremens et une éventration gauche avec surface cruentée, non épidermisée, qui a dû être greffée ultérieurement.

Donc, au total, hématomes du droit et du grand oblique gauche, chez un cirrhotique, survenus au cours d'un accès de toux.

Cette association de traumatismes abdominaux répétés chez un cirrhotique a souvent été relevée par les auteurs dans la genèse de l'hématome des droits.

C O M M E N T A I R E S

L'ensemble de ces trois observations permet donc de montrer trois cas d'hématome de la gaine du droit très différents.

1°- Deux cas sous traitement anticoagulant ; un troisième cas d'hématome spontané, mais chez un cirrhotique.

2°- Pour la symptomatologie avec :

- deux cas d'hématome aigu avec douleur, collapsus, anémie, angoisse, dans l'observation de Madame Mar... ; douleur très vive, angoisse, dans l'observation de Monsieur Che...

- Par contre, l'observation de Monsieur Wal... montre un hématome subaigu, avec cependant une révélation brutale.

Dans ces trois observations, la fragilité capillaire est certaine :

- Le premier malade, Monsieur Wal..., souffrait d'épistaxis.

- L'hématome de Madame Mar... était survenu à la suite d'un traumatisme du pied avec hématome de celui-ci, et, à cette occasion, nous rappellerons la fréquence des hématomes du pied et prétibiaux ayant tendance à s'infecter, en milieu rural.

- Enfin, le troisième malade, Monsieur Che..., était un éthylique notoire, et l'on sait combien les vaisseaux des éthyliques sont fragiles.

Pour terminer, nous ferons remarquer que l'hématome bilatéral de la gaine des droits est exceptionnel, qu'il survienne sous anticoagulant ou même spontanément.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

Afin de revoir les éléments favorisant des hématomes de la gaine du droit, il est bon de faire un bref rappel anatomique.

Le grand droit est un muscle allongé, aplati, émais et tendu le long de la ligne médiane, du pubis à la partie antéro-inférieure du thorax.

Insertion et description :

Ce muscle s'insère en bas par un tendon aplati et court :

1°- sur la partie antérieure du bord supérieur et sur la face antérieure du pubis, de l'épine à la symphyse ;

2°- sur la face antérieure de la symphyse.

Le tendon du grand droit est généralement divisé en deux faisceaux distincts, l'un interne, l'autre externe, ce dernier étant toujours plus large que l'interne.

Au tendon du grand droit, fait suite un corps charnu qui s'élargit de bas en haut et se termine par trois digitations.

La digitation externe, la plus large, s'attache à la face externe et au bord inférieur de la moitié externe du 5me cartilage costal, ainsi qu'à l'extrémité de la 5me côte.

La digitation moyenne se rend à la face externe et au bord inférieur du 6ème cartilage costal.

La digitation interne se fixe à la face externe et au bord inférieur du 7ème cartilage costal, au ligament chondro-xiphoïdien et à la face antérieure de l'appendice xiphoïde.

Ce muscle présente des intersections tendineuses transversales, obliques, rectilignes et sinueuses. Le plus souvent incomplètes, surtout en arrière, elles s'étendent rarement à la fois à toute la largeur et à toute l'épaisseur du muscle. Leur nombre varie de deux à cinq.

Chacun des grands droits est contenu dans une gaine aponévrotique, presque entièrement constituée par les aponévroses des muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Seule, l'aponévrose du transverse constitue la face postérieure de la gaine du grand droit au niveau du tiers inférieur. Cette zone est donc moins résistante.

Les vaisseaux :

Les vaisseaux sont :

- l'artère mammaire interne, en haut ;

- l'artère épigastrique, en bas, montant après sa crosse vers l'ombilic ;

- les branches naissent à distance du corps charnu ; certaines perforent et le muscle et la gaine, pour se diriger vers le tissu sous-cutané.

Innervation :

Le muscle grand droit est innervé par :

- les 7ème, 8ème, 9ème, 10ème, 11ème et 12ème racines rachidiennes, par les rameaux perforants antérieurs des nerfs intercostaux ;

- le grand abdomino-génital.

ETUDE DES CAUSES D'HEMATOME DE LA GAINE DES DROITS

L'étude anatomique permet, avec VERNHET et GUIVARC'H, de distinguer comme causes d'hématome de la gaine du droit :

A/- Le facteur musculaire à gaine intacte, dans lequel nous pouvons inclure :

a)- La myosite infectieuse.

- La fièvre typhoïde, où l'hématome du grand droit est fréquent. Hoffmann, sur une statistique de 159 autopsies de typhiques, découvre 11 cas d'hématome de la gaine du droit.

L'hématome survient le plus souvent à la fin du troisième septénaire et évolue vers une suppuration à bacille d'Eberth, alors que l'hématome de la gaine du droit ne suppure que rarement.

- La grippe, dans sa forme grave, peut provoquer également des hématomes de la gaine du droit. Cole, en 1918, au cours de l'épidémie de grippe espagnole, décrit des lésions histologiques du grand droit au cours d'autopsies.

- On a également décrit des hématomes de la gaine du droit lors de maladies infectieuses graves, telles que :

. malaria,
. tétanos (rôle adjuvant des contractures),
. variole,
. scarlatine.

b)- Le rôle des cicatrices.

Mouchet et Guivarc'h ont deux cas sur cicatrice.

c)- La grossesse.

Par la tension du muscle et par les modifications de trophicité dues aux imprégnations hormonales.

Le rôle joué par le muscle est donc particulièrement important et paraît net surtout lors d'infections aiguës intenses où le catabolisme protidique entraîne une diminution de la résistance du muscle.

B/- Le facteur aponévrotique, par les ruptures du tiers inférieur du feuillet postérieur de la gaine, celui-ci étant bien plus faible que l'antérieur.

C/- Le facteur vasculaire :

a)- Artériel, avec hypertension, facteur relevé par Flabeau (thèse de 1945) et par Girot (thèse de 1933), qui rapporte deux observations d'hématomes de la gaine du droit chez les hypertendus, dont les chiffres étaient de 23/12 et de 24/16 et pour lesquelles aucune autre cause n'a été retrouvée.

b)- Veineux, en particulier les veines symptomatiques d'une circulation collatérale chez un sujet cirrhotique ; de plus, la pression portale est élevée. Les veines cutanées et intra-musculaires de la paroi abdominale sont anastomosées avec le système porte par le réseau péri-ombilical. Les veines de cet ensemble sont donc soumises à une pression et à un débit inhabituels. On rapprochera de cet ensemble les circulations cavo-caves et la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten . De plus, chez ces malades, les vaisseaux sont plus fragiles et le taux de prothrombine souvent abaissé.

c)- Le facteur sanguin et la coagulation, en raison de leur importance, seront étudiés dans un chapitre particulier.

FACTEUR SANGUIN ET COAGULATION

Le facteur hématologique et de la coagulation, dans laquel nous inclurons le traitement anticoagulant, est une cause très importante d'hématome de la gaine du droit.

A/ - LES HEMOPATHIES.

a)- Les leucémies, surtout la leucémie myéloïde (Tapin, Rollin).

b)- L'hémophilie dans les formes graves. En particulier, Virchow décrit le cas d'un hémophile ayant constitué un hématome du grand droit considérable sur une évolution par un mode chronique en trois ans.

B/ - LES TROUBLES DE LA CRASE SANGUINE.

a)- Chez les hépatiques. On sait que, chez les cirrhotiques, le taux de prothrombine est diminué par suite de la non absorption de la vitamine K par la cellule hépatique. Le taux de prothrombine est l'un des tests explorant la valeur fonctionnelle du foie. Par ce taux de prothrombine, on explore en fait trois facteurs du complexe prothrombinique :

- prothrombine,
- proconvertine,
- pro-accélérine.

La fréquence des hématomes de la gaine du droit a été relevée par de nombreux auteurs ; l'abaissement du complexe prothrombinique, la fragilité vasculaire, l'augmentation du réseau de veines au niveau du muscle grand droit par la circulation porto-cave en sont des facteurs déterminants.

b)- L'action du traitement anticoagulant par les dérivés dicoumariniques est voisine par ses effets sur le complexe prothrombinique avec la diminution de l'activité fonctionnelle hépatique.

En effet, les dérivés dicoumariniques se substituent à la vitamine K, inhibant la synthèse de la prothrombine. Les antivitamines K bloquent également le taux de Proconvertine, et le facteur antihémophilique B, diminution également du facteur de Stuart. La proaccélérine n'est pas modifiée.

Une action sur les vaisseaux ne serait pas négligeable non plus.

FACTEURS INFLUENCANT L'ACTION DES ANTIVITAMINES K

Enfin, les facteurs influençants en majorant l'action thérapeutique des anticoagulants sont nombreux. On peut citer :

1°)- Les facteurs pathologiques, augmentant la réponse aux anticoagulants :

- Carence en vitamine K chez les sujets ayant une affection intestinale, ou des voies biliaires, telle que les ictères rétentionnels, empêchant l'absorption de la vitamine K.

- Les affections hépatiques s'accompagnant d'un déficit des facteurs de coagulation, tels chez le cirrhotique. Egalement dans ces cas, diminution de la fonction de détoxication de la cellule hépatique. Les antivitamines K ont, de ce fait, une action plus prolongée et plus intense.

- Enfin, les états d'hypermétabolisme majorent l'action des anticoagulants par les états fébriles et l'hyperthyroïdie.

2°)- Les facteurs médicamenteux tiennent également un rôle de premier plan.

a)- Certains médicaments peuvent, en faisant obstacle à l'absorption intestinale de la vitamine K, freiner la synthèse hépatique de la prothrombine et des facteurs V, IX, X de la coagulation, potentialisant ainsi les effets des anticoagulants, tels que les antibiotiques à large champ d'action comme l'auréomycine.

b)- D'autres rompent le lien anticoagulant / albumine plasmatique. Les anticoagulants qui circulaient sous forme inactive sont libérés et ont ainsi un renforcement d'activité thérapeutique, tel l'effet potentialisateur de la Phénylbutazone, de l'Oxyphénylbutazone (Tandéril).

c)- Certains médicaments possèdent à des degrés res-

treints des propriétés anticoagulantes et, administrés aux anti-prothrombiniques, donnent une sommation des effets, en particulier pour :

- les salicylés,
- l'aspirine,
- la quinidine,
- le purinéthol,
- les mucopolysaccharidases.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Rarement, le diagnostic positif est posé d'emblée. Teske, en 1946, sur 100 cas, a pu voir :

- 17 fois seulement, le diagnostic a été posé immédiatement ;
- 22 fois, pour un kyste tordu de l'ovaire, devant une tumeur ronde, régulière, molle, douloureuse. Le caractère superficiel de la masse, sa difficulté à la mobilisation par la voie vaginale sont retrouvés a posteriori ;
- 12 fois, pour appendicite, en particulier méso-caeliaque, devant une douleur à droite, un empâtement de la fosse iliaque droite ;
- 5 fois, pour une hernie étranglée ;
- 3 fois, pour occlusion ;
- 3 fois, pour cholécystite.

Couinaud retrouve également, sur 39 cas :

- 6 fois, un kyste tordu de l'ovaire ;
- 3 fois, une hernie étranglée ;
- 3 fois, une cholécystite ;
- 2 fois, une appendicite.

Guivarc'h expose 4 tableaux possibles selon la localisation avec différents diagnostics :

- 1°- pelvienne, avec :
  - torsion de kyste de l'ovaire,
  - hémorragie interne par rupture de grossesse extra-utérine ou hémorragie intrakystique.
- 2°- Pseudo-vésiculaire.
- 3°- Iliaque droite avec une forme grave d'appendicite.
- 4°- Abdominale gauche avec une grosse rate.

Enfin, dans nos propres cas comme dans la littérature, nous relevons également :

- l'infarctus rénal,
- l'infarctus intestinal,
- les hématomes de la loge splénique.

SYMPTOMATOLOGIE

Souvent trompeur, puisque Clavel, dans son ouvrage sur la Chirurgie abdominale d'urgence, ne cite l'hématome de la gaine du droit qu'au chapitre des erreurs de diagnostic, le diagnostic positif ne peut se faire que par des examens précis et méthodiques de l'abdomen, faisant suite à un interrogatoire rigoureux.

1°- La douleur :

Signe le plus précieux, ne manque jamais, d'intensité variable, mais souvent vive, elle est souvent localisée au début avant tout autre signe.

Son siège, variable également, peut être hypogastrique, cas fréquent, ou situé dans tout l'abdomen.

Les irradiations sont souvent vers la face interne des cuisses ou les régions sous-costales.

La douleur gêne le malade dans la plupart de ses mouvements, donnant même une certaine angoisse.

2°- La tuméfaction :

Elle n'est pas toujours immédiate ; elle est allongée, à grand axe vertical, ou oblique, souvent ferme ; ses limites sont floues. La palpation recherche son siège pariétal : en demandant de contracter les muscles droits, une masse sous-cutanée reste mobile, une masse intra-abdominale ne peut se palper, l'hématome intramusculaire reste accessible.

L'hématome bilatéral des droits donne deux tuméfactions importantes et pas forcément symétriques.

3°- L'ecchymose :

Mais c'est un signe inconstant (Teske la retrouve 21 fois sur cent) et également tardif, ne survenant que 4/5 jours après la douleur. L'ecchymose peut être discrète ou très étendue, en particulier dans la région hypogastrique, pouvant être en ceinture, même si l'hématome de la gaine du droit est unilatéral.

4°- Les signes occlusifs :

Nausées, vomissements ne sont pas rares, surtout dans les hématomes postérieurs et d'évolution aiguë, montrant l'irritation du péritoine ; des clichés d'abdomen sans préparation peuvent montrer des images hydro-aériques.

5°- Les signes généraux :

Sont variables selon la constitution de l'hématome aigu ou chronique, mais dans les formes aiguës on remarque la fréquence d'états de choc plus ou moins marqué et de tendance au collapsus, tels dans l'observation de Madame Mar..., où un traitement anti-hypotenseur symptomatique a dû être maintenu toute une nuit. L'anémie à la numération-formule sanguine est fréquente et variable.

6°- La ponction :

Est rarement pratiquée ; elle ramène du sang noir.

EVOLUTION

1°- Dans la plus grande fréquence des cas, l'hématome de la gaine du droit se résorbe spontanément en deux à trois semaines.

2°- Parfois, on intervient, et c'est le plus souvent pour laparotomie exploratrice, et on se contente alors d'évacuer le contenu de l'hématome.

3°- Les cas de décès de fréquence maximum à 5 % (évaluation la plus pessimiste de Borkovitch) sont donc rares et liés au terrain :

- insuffisance respiratoire,
- hypertension artérielle,
- cirrhose,

et à la raison pour laquelle le traitement anticoagulant a été entrepris, telle que l'infarctus du myocarde.

4°- Les cas de récidive ne seraient pas rares. Gueulette rapporte une statistique avec 14 % de récidives.

COMPARAISON SUCCINCTE DES PRINCIPALES THESES DEJA ECRITES SUR L'HEMATOME DE LA GAINE DU DROIT SOUS ANTICOAGULANTS

Plusieurs thèses sur les hématomes de la gaine du grand droit sous anticoagulants ont déjà été rédigées, dont celle de Sebire (Thèse Paris, 1958) qui présente deux cas, parmi lesquels un cas avec décès et autopsie. Le patient était mort d'anémie aiguë, puisque la dernière numération-formule sanguine montrait 1.700.000 G.R.. L'autopsie avait montré un hématome du grand droit gauche et un hématome du transverse gauche. L'évaluation de la quantité de sang dans les hématomes était de 1,51 à 2 litres.

Hyla (Thèse Lyon, 1957) a recherché le caractère spontané de certains hématomes de la gaine du grand droit sous anticoagulants relevés dans la littérature. Il en a retrouvé 16 cas sans aucune cause déclenchante telle que : toux, effort, etc...

Quant à nous, nous présentons trois cas très divers quant à la symptomatologie, à l'évolution et au traitement. Parmi les trois cas, nous présentons un hématome bilatéral, cette éventualité étant particulièrement rare.

T R A I T E M E N T

I - METHODES.

A/- Le traitement médical, le plus souvent, est le seul nécessaire.

a)- Arrêt des anticoagulants.

b)- Les antidotes des anticoagulants, pour les antivitamines K, la vitamine K_1, vitamine naturelle, liposoluble ; son action n'est cependant pas immédiate. Sa posologie de 50 à 100 cg par jour par voie I.V. ou I.M..

c)- En cas d'anémie :

- Les transfusions de sang isogroupe.
- La fraction PP SB contenant la prothrombine, la proconvertine, le facteur Stuart et le facteur antihémophilique B, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs déprimés par les antivitamines K, est particulièrement indiquée pour une action immédiate, dans les anémies graves.

Les doses sont de 1 ml par kg de poids, à répéter toutes les 12 ou 24 heures.

On l'utilisera sans restriction en cas d'anémie grave, mais avec escient, sachant que son prix de revient est élevé.

B/- Le traitement chirurgical :

Il est rarement utilisé, sauf dans les hématomes s'étendant, ou très abondants.

On peut s'assurer du diagnostic.

On peut :

- évacuer l'hématome et drainer par Redon aspiratif ;
- ligaturer le vaisseau qui saigne, si on le voit ;
- ouvrir le péritoine, afin d'explorer la cavité et se renseigner sur l'étendue de l'hématome.

II - INDICATIONS.

- Dans les hématomes de petite importance, le traitement médical est seul conseillé par tous les auteurs.

- Dans les hématomes volumineux ou ayant tendance à s'étendre, l'évacuation et la ligature du vaisseau qui saigne seront peut-être souhaitables.

C O N C L U S I O N S

Nous rapportons trois cas d'H.G.D., dont deux cas sous anticoagulants. Ces cas nous ont permis de revoir le problème des hématomes du grand droit, d'autant que l'un était subaigu, les deux autres aigus.

L'un des cas exposés était particulièrement intéressant, puisque bilatéral. Le diagnostic positif, comme c'est le plus souvent le cas dans cette pathologie, n'a pas été posé immédiatement.

Quant au traitement, nous avons eu :

1°- une laparotomie exploratrice,
2°- une évacuation de l'hématome,
3°- un traitement médical.

Nous rappelons succinctement l'anatomie du muscle grand droit et les différentes étiologies possibles des hématomes des droits, en particulier les traitements anticoagulants dicoumariniques et les différentes causes générales et thérapeutiques pouvant majorer l'action de ces dérivés dicoumariniques.

L'H.G.D. est donc une affection rare, mais non exceptionnelle, de pathogénie exacte encore obscure, même si des faisceaux d'arguments permettent d'approcher le problème.

En particulier, il est curieux de constater que, parmi les muscles de l'organisme, le grand droit est le seul qui constitue des hématomes spontanés. Les fessiers en constituent également, mais sous anticoagulants et toujours à l'occasion d'injection intramusculaire.

En dernière analyse, la longueur particulière de ce muscle, sa vascularisation abondante, en particulier en cas de circulation porto-cave, paraissent des éléments essentiels.

Enfin, nous ferons remarquer que, pour les deux cas présentés

d'H.G.D. sous anticoagulants, si le T.P. le plus bas de ces deux cas était de 6 %, dans les deux cas les malades n'avaient pas eu d'examens récents de laboratoire. De toute façon, de nombreux facteurs, dont médicamenteux, peuvent influer en majorant le traitement anticoagulant, ce dont il faut avertir le malade.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de
l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

Pr. DELBARRE

Le Président
de la thèse,

Pr. PADOVANI

B I B L I O G R A P H I E

AIRD - Compassion in surgical studies. - Edimbourg, 1949.

ABAZA J. et REBUT A.M. - Les accidents abdominaux aigus pseudo-occlusifs de la thérapeutique anticoagulante.- Semaine des Hôpitaux de Paris, 39, Mars 1963.

AUGE J.- Hématomes spontanés des muscles grands droits de l'abdomen. Thèse de Médecine de Toulouse, 1957.

AUPINEL et DAVID - Les ruptures spontanées du muscle grand droit.- Mém. Acad. Chir., Oct. 1946, 72, N° 24 à 26, 451-454 (Bi.).

AXELROD M. et KLEINFELD M.- Hémorragie inhabituelle compliquant le traitement par dicoumarol.- New-York J. Med., 1951, 2789-2790.

BABB R.R., SPITTELL J.A.Jr. et BARTHOLOMEW L.G.- Hématome du muscle droit de l'abdomen compliquant un traitement anticoagulant.- Mayo Clin. Proc., Oct. 1965, 40, N° 10, 760-765 (Biblio.).

BACKWINKEL K.- Rupture du muscle droit de l'abdomen.- Arch. Surg., Janvier 1965, 90, N° 1, 35-37 (Biblio.).

BEL A., HYLA R., POUYET M., CHATAING B. et GIRARD M.- Les hématomes des grands droits de l'abdomen observés au cours des traitements anticoagulants. (A propos d'une observation).- Lyon Méd., 21 Avril 1968, 99, N° 16, 1351-1377 (Biblio.).

BOLTANSKI E.- A propos d'un hématome du grand droit de l'abdomen survenu au cours d'une cure anticoagulante.- Gaz. Hôp., 20 Avril 1959, 131, N° 11, 363-364.

BORKOVITCH K.H. et STAFFORD E.S.- Anémie aiguë et tumeur abdominale due à l'hémorragie dans l'épaisseur du droit de l'abdomen

après traitement anticoagulant.- Arch. of Int. Med., Janvier 1966, 177, N° 1, 103-107 (Biblio.).

COLE - L'épidémie de grippe à Branshetlon. - The British Medical Journal, Novembre 1918.

COUINAUD et BALLADE - Rupture du grand droit et les hémorragies de sa gaine au cours des affections respiratoires.- Presse Médicale, 1951.

COMBEMALE B., BARBERIS D. et PROYE C.- Hématomes du muscle grand droit de l'abdomen. A propos de treize observations. - Lille Chir., Mai-Juin 1966, N°21, N° 3, 252-257 (Biblio.).

CREYSSEL J., THIERS, GIGNOUX - Rupture spontanée du grand droit de toute cause pathologique apparente.- Lyon Chirur., 1944, 768-770.

DEBRAY Ch., PERGOLA F., COLBERT J. et MUFFANG Y.- Les hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen.- Sem. Hôp. Paris, 30 Juillet 1950, 26, N° 56, 2720-2724 (Biblio.).

DELTEL J.- Contribution à l'étude des hématomes spontanés de la gaine des droits de l'abdomen. - Thèse Médecine, Bordeaux, 1961.

FLABEAU - Hématome du grand droit.- Thèse Paris, 1945.

FURSTE W.- Hematoma of the abdominal wall.- Am. J. Surg., 1956, 91, 540.

GIROT - Thèse Paris, 1935.

GODQUIN B.- Hématomes spontanés des parois de l'abdomen au cours des traitements par les antivitamines K.- Mém. Acad. Chir., 26 Nov.-3 Déc. 1969, 95, N° 28-29, 781-786 (Biblio.).

GUILLET R.- Syndrome péritonéal aigu par rupture du grand droit droit. - Lyon Chir., Juillet 1957, 53, 591-593.

HORSBURGE A.G.- Rupture du grand droit de l'abdomen.-
Brit. Med. J., 6 Oct. 1962, N° 5309, 898.

HYLA E.- Les hématomes de la gaine des grands droits de l'abdomen au cours du traitement anticoagulant.-
Thèse Lyon, 1967, 46 pages - In Lyon Méd., 10 Déc. 1967, 98, N° 50, 1575-1576.

JACKSON P.P. et GRAY E.J.- Hématomes de la paroi abdominale.-
Arch. Surg., Fév. 1966, 92, N° 2, 194-197 (Biblio.).

JONES T.W. et MERENDING K.A.- Hématome du muscle grand droit de l'abdomen.-
Am. J. Surg., Février 1962, 103, N° 2, 159-169, 7 figures (Bibliog.).

LAGACHE, DEVAMBEZ et GUIOT - A propos de deux cas d'hématome du grand droit de l'abdomen.-
Lille Chir., Mai-Juin 1952, 7, N° 38, 136-138.

LANTUEJOUL, GRIFFITHS - Hématomes de la paroi abdominale par rupture du grand droit chez une femme enceinte de sept mois.-
Bull. de la Soc. d'Obstét. et de Gynécol., Avril 1963.

LAURENCE S.G.- Diagnostic chirurgical : une erreur de niveau.-
Journ. des Praticiens, T. 61, N° 15, 10 Avril 1947, pp. 175-176.

DE LAURENTIS D.A. et ROSEMOND G.P.- Hématome du muscle droit de l'abdomen compliqué par traitement anticoagulant.-
Am. J. Surg., Déc. 1966, 112, N° 6, 859-863 (Biblio.).

LINQUETTE M., BELBENOIT C., MAX J.P. et LUEZ G.- Hématomes de la paroi abdominale au cours de traitements anticoagulants (A propos de cinq observations).-
Lille Méd., Mai 1965, 10, N° 5, 485-487.

LOEPER, BRAULT et CHASSAGNE - Hématome de la paroi abdominale des hépatiques.-
Gaz. des Hôpitaux, 114, 61, 1941.

LOEPER et TURPIN - Hématome musculaire et insuffisance hépatique.-
Monde Médical, 1923, 632.

MAGENDIE J. et coll.- Hématomes spontanés des grands droits.-
Bordeaux Chir., Avril 1961, 2, 97-99.

MANDILLON G.- Hématome spontané des muscles grands droits de l'abdomen. A propos de trois observations.-
Bordeaux Chir., Avril 1958, 2, 93-99. (Bibliog.).

MIZBACH G.- Hématome de la gaine du grand droit.-
Am. J. Surg., Décembre 1954, 88, nº 6, 964-966.

MOSES M.L. et SWARTLEY R.N.- Rupture sous-cutanée du muscle droit abdominal avec hernie étranglée et occlusion intestinale.-
Am. J. Surg., Décembre 1956, 110, nº 6, 958-959 (Biblio.).

MOUNISSENS Guy - Accidents des traitements anticoagulants.-
Thèse Bordeaux, 1957.

MURRAY, RAY, BURGER - Rupture of the inferior epigastric vessels.-
Annals of Surgery, Janvier 1954.

PARAF, PAOLAGGI - Syndrome abdominal aigu au cours d'une intoxication par le dicoumarol.-
Semaine des Hôpitaux de Paris, 34, 1949, p. 1355.

PARKER W.S. et CHRISTIANSEN K.H.- Rupture du muscle droit de l'abdomen avec hématome.-
Arch. Surg., Octobre 1960, 81, 655-659.

PAYNE - Rupture spontanée des artères épigastriques dans la gaine du grand droit.-
Annals of Surgery, Oct. 1938.

PEYROUTET F.- A propos d'un hématome spontané du grand droit de l'abdomen à forme pseudo-tumorale.-
Thèse Paris, 1956, nº 578, 52 pages.

POULAIN - Hématome du grand droit chez les hépatiques.- Thèse, 1924.

QUEINNEC A. et J.- Deux cas de rupture spontanée des muscles grands

droits de l'abdomen.-
Lyon Chir., Mars 1958, 54, n° 2, 299-302.

RUEFF R.- A propos des hémorragies spontanées dans la gaine des droits et dans la loge rénale. Une contribution au problème des hémorragies dans le traitement par anticoagulants.- Gynaecologia, Oct. 1956, 142, n° 4, 234-258, 11 fig. (Biblio.). (Résumé français).

SALLET J., LEHMANN R. et PEYROUTET (Mlle) - Hématome spontané du grand droit de l'abdomen à forme tumorale.- Arch. Mal. App. Dig., Nov. 1956, 45, n° 11, 401-409.

SEBIRE C.- Contribution à l'étude étiologique de l'hématome du grand droit de l'abdomen. (A propos de deux cas survenus au cours de traitements anticoagulants).- Thèse Paris, 1958, n° 514, 45 pages.

SICARD A.- Hématome spontané de la paroi abdominale.- Mém. Acad. Chir., 22-29 Mars 1960, 76, n° 12-13, 388-389.

STILES Q.R., RASKOWSKI H.J. et HENRY W.- Hématome de la gaine du grand droit.- Surg., Gyn., Obst., Août 1965, 121, n° 2, 331-333 (Biblio.).

TAPIE - Hématomes leucémiques.- Thèse 1921.

TESKE J.M.- Hématome du muscle droit de l'abdomen. (C.R. d'un cas et revue de la littérature).- Am. J. Surg., Mai 1946, 71, n° 5, 689.

THOREK et de VERA - Hematome of rectus abdomis muscle.- Journ. of the Intern. College of Surgeons, Nov. 1954.

TOEUF G. (de) - La rupture dite spontanée du grand droit de l'abdomen.- Acta Chir. Belg., Fév. 1948, 47, n° 2, 123-132 (Biblio.).

VALLEE M.- A propos d'un cas d'hématome spontané du muscle grand droit de l'abdomen.- Thèse Médecine, Paris, 1958.

VERNHET J.- Rupture traumatique du muscle grand droit de l'abdomen. Un facteur étiologique d'actualité "hula-hoop".- Presse Méd., 1959, n° 14, 563 (Biblio.).